

खर्चाचे प्रमाणपत्र

कर्मचा-यांचे नाव ----- हुद्दा ----- संस्थेचे

नाव ----- रुग्णाचे नाव ----- वय ----- वर्षे-----

--- नाते ----- सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो / करते की, ----- हे

माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपणासाठीचा औषधोपचारांचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला

आहे.

कर्मचा-याचे नाव सही

ठिकाण:-

दिनांक:- / /

(कार्यालय प्रमुख स्वाक्षरी शिक्का)